



ARTIGO ORIGINAL

PREVALÊNCIA DE DERMATITE ATÓPICA EM PRÉ-ESCOLARES NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE TUBARÃO (SC)**ATHOPIC DERMATITIS PREVALENCE IN MUNICIPAL PRESCHOOL EDUCATION FROM TUBARÃO (SC)**

Kerlly Martendal¹
Cecília Siqueira de Melo²
Mariane Corrêa Fissmer³
Simone Teixeira da Silva Ramos⁴

RESUMO

A dermatite atópica (DA) é uma doença crônica recorrente, de etiologia multifatorial, com manifestações inflamatórias cutâneas associadas à atopia. O presente trabalho foi estabelecido para avaliar a prevalência de Dermatite Atópica em pré-escolares na rede municipal de ensino de Tubarão (SC), verificando assim a associação com características sócio-demográficas e aspectos familiares. Estudo transversal, realizado de agosto a novembro de 2013, que resultou em uma amostra final de 55 crianças. Os instrumentos utilizados foram um questionário sócio-demográfico e o questionário padronizado ISAAC 3. Foi realizada análise estatística bivariada e multivariada com regressão logística, nível de significância de 5%. Encontrou-se importante prevalência da presença de eczema em flexuras ($p=0,000$). Considera-se este o principal resultado do trabalho, o que pode sugerir que a presença de eczema flexural cursa com o diagnóstico de Dermatite Atópica.

Descritores: Pré-escolares. Dermatite atópica. Prevalência.

ABSTRACT

Atopic dermatitis (AD) is a chronic recurrent disease, multifactorial, with inflammatory skin manifestations associated with atopy. This study was seted out to assess the prevalence of Athopic Dermatitis in preschool children in municipal schools from Tubarão (SC), verifying a possible association between them. The cross-sectional study, conducted from August to November 2013, resulted in a final sample of 55 children. The instruments used were a sociodemographic questionnaire and the standardized questionnaire ISAAC 3. Both bivariate and multivariate statistical analysis was performed, resulting in a logistic regression significant at a 5% level. We found a significant prevalence of flexural eczema ($p = 0.000$). It is considered that the main result of the work, which may suggest that flexural eczema presents with a diagnosis of atopic dermatitis.

Key words: Preschoolers. Atopic dermatitis. Prevalence.

¹ Médica formada pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Tubarão(SC), Brasil. E-mail: k_martendal@hotmail.com.

² Médica formada pela Universidade do Planalto Catarinense, Lages(SC), Brasil. E-mail: ceciliasmelo@gmail.com.

³ Médica especialista em dermatologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas(SP),Brasil. Professora do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão(SC), Brasil. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão(SC), Brasil. E-mail: marianecfissmer@gmail.com.

⁴ Médica especialista em dermatologia pelo Instituto de Dermatologia Professor Azulay da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil; Pós-Graduação em nutrologia pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, Brasil; Professora do Curso de Cosmetologia e Estética da Universidade do Planalto Catarinense, Lages(SC), Brasil. E-mail: srdermato@gmail.com.



INTRODUÇÃO

A dermatite atópica (DA) ou eczema atópico, é uma doença crônica recorrente, com manifestações inflamatórias cutâneas associadas à atopia. Apresenta etiologia multifatorial, estando associada a reações de hipersensibilidade tipo I e hipersensibilidade tipo IV, além de anormalidade na permeabilidade da barreira cutânea⁽¹⁻³⁾. É uma das doenças relacionadas na tríade atópica: asma, rinite alérgica e dermatite atópica⁽⁴⁾.

Com relação à epidemiologia, a DA acomete aproximadamente 10% da população mundial, sendo 80-90% crianças menores que cinco anos de idade. A DA é uma doença predominantemente infantil, mais de dois terços dos pacientes apresentam a doença no primeiro ano de vida, sendo que até os sete anos de idade, 80 a 85% dos pacientes já manifestaram os sintomas⁽⁵⁻⁷⁾. Com relação ao sexo, o aparecimento dos sintomas antes do primeiro ano de idade ocorre em 60% de crianças do sexo masculino e em 55% de crianças do sexo feminino. Entre os pacientes que a desenvolvem, 40 a 60% apresentam manifestações alérgicas respiratórias associadas^(3,8). A história pessoal ou familiar do paciente, a idade do início do eczema e a intensidade do prurido são fatores relevantes para diagnóstico de DA^(2,3).

Segundo Weiland et al., 2004, a prevalência de DA na Europa é de 6,6%⁽⁹⁾. Um estudo americano demonstra que a prevalência de DA na população dos EUA é de aproximadamente 17%⁽¹⁰⁾. No Brasil este índice é de 11,5% em crianças entre 6 e 7 anos de idade e de 8,9% nos adolescentes entre 13 e 14 anos⁽¹¹⁾. Dados da Região Norte do Paraná, provenientes da cidade de Londrina, demonstram uma prevalência de DA nas crianças entre 6 e 7 anos de 11,4%⁽¹²⁾. No estado de Santa Catarina, uma pesquisa entre adolescentes escolares na cidade de São José verificou que 13,2% dos estudantes que compunham a amostra apresentaram DA⁽¹³⁾.

Com relação a fisiopatologia, na evolução da DA há respostas imunológicas distintas frente aos estímulos. A fase aguda da doença caracteriza-se pela reação de hipersensibilidade imediata ou tipo I, com predomínio de células Th2, produtoras de IL-4 e IL13, intensificando a atividade eosinofílica, e a produção de IgE. Na fase crônica, ocorre reação de hipersensibilidade tardia ou tipo IV, mediada por células Th1, com o predomínio de IL-5, GM-CSF, IL-12 e IFN-gama. Tanto a IL-5 e GM-CSF, são importantes na produção de eosinófilos e macrófagos, enquanto a IL-12 e o IFN-gama promovem a polarização de Th1 nos linfócitos T. Além disso, o processo inflamatório envolve a participação de células de Langerhans, queratinócitos e mastócitos. Fatores como microambientes nos quais as células T se desenvolvem, presença de mediadores pró-alérgicos, sinais coestimulatórios presentes na ativação das células T e células apresentadoras de antígenos, estão presentes na estimulação de células Th1 e Th2^(14,15). Estudos recentes em pacientes com lesões de pele por



dermatite atópica mostraram a presença de células Th2 e IL-4 na pele íntegra e em lesões iniciais, e um perfil misto composto de células Th1-Th2 ou o predomínio de IFN-gama produzindo células Th1 nas lesões crônicas⁽¹⁴⁾.

Acredita-se que as alterações na permeabilidade da barreira cutânea, resultam de modificações na composição da camada lipídica da pele, bem como da redução de ceramidas no estrato córneo. Essas alterações estão presentes não somente na pele lesada, mas também na pele aparentemente sã dos pacientes com DA. Como consequência, há o aparecimento de xerose cutânea e lesões eczematosas que facilitam à absorção de alérgenos ambientais, ação de irritantes na pele e aumento do prurido, levando ao ato de coçar. O trauma provocado pela coçadura também danifica a barreira cutânea e provoca a produção de citocinas pelo queratinócitos, levando à inflamação da pele e cronificando esse processo^(3,8).

O principal sintoma na dermatite atópica é o prurido, que manifesta-se em todos os tipos de eczema e nas diferentes faixas etárias. A compreensão plena relacionada aos mediadores e mecanismos responsáveis por esse sintoma são ainda obscuros. O prurido ocorre em pacientes com DA por estímulos que induzem a transpiração, em função de resposta exacerbada ao suor, bem como o contato com as fibras, especialmente da lã. A hipótese de que a degranulação de mastócitos via IgE mediado por mecanismos alérgeno-específicos assume importância relevante no eczema atópico⁽¹⁴⁾.

As proteases, incluindo a triptase e quimotriptase, liberadas pelos mastócitos, também desempenhariam um papel na causa do prurido. Os receptores das proteases, em particular o receptor tipo 2 ativado por proteases (PAR-2), são encontrados nas células endoteliais, nos nervos sensoriais e nos queratinócitos, e participam do processo inflamatório resultante da degranulação de mastócitos. Respostas a ação de neuropeptídeos, tais como substância P, peptídeo intestinal vasoativo (VIP), somatostatina e neurotensina, parecem alteradas na atopia, provocando o prurido em conjunto com uma inflamação neurogênica, representada clinicamente pelo eritema. O envolvimento da acetilcolina na manifestação do prurido expressa-se pela vasodilatação e a sudorese. As dúvidas ainda existentes sobre a fisiopatologia do prurido resultam na dificuldade terapêutica, tornando-o principal responsável pelo agravamento das lesões, que culmina em prejuízo na qualidade de vida dos pacientes e suas famílias^(14,16).

O padrão clínico da doença manifesta-se de acordo com a idade. Em crianças mais velhas, adolescentes e adultos predomina o eczema subagudo (eritema, exudação e descamação) e o eczema crônico que apresenta escoriações e liquenificação, com localização preferencialmente nas flexuras⁽¹⁵⁾.

O alta prevalência da dermatite atópica nas crianças, e a escassez de pesquisas sobre a doença entre pré-escolares na Região Sul de Santa Catarina, demonstram o propósito deste trabalho. Avaliar a prevalência da dermatite atópica entre as crianças em idade pré-escolar na rede municipal de ensino de



Tubarão (SC) e os sintomas associados nos pacientes portadores dessa dermatose, implicam em um melhor conhecimento sobre a doença e a população atingida para possíveis intervenções no futuro.

MÉTODOS

Estudo transversal, desenvolvido nos Centros de Educação Infantil (CEIs) de Tubarão (SC), de agosto a novembro de 2013. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Sul de Santa Catarina, sob o número 13.025.4.01.III.

Segundo dados fornecidos pela Secretaria de Educação do Município de Tubarão (2012), há 27 Centros Educacionais Infantis (CEIs) da rede pública que recebem 2.174 crianças de zero a seis anos, sendo que 974 destas têm entre quatro e cinco anos⁽¹⁷⁾.

A amostra foi constituída por conveniência. Os seis CEIs públicos foram escolhidos por serem os maiores em número de alunos matriculados, foram contatados previamente por telefone. primeiramente, foram explicados os objetivos da pesquisa e solicitado o envio por e-mail, da lista de alunos matriculados na faixa etária a ser pesquisada.

Após este contato inicial, a coleta de dados começou a ser realizada a partir da distribuição aos responsáveis pelas crianças, duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o instrumento de coleta de dados, contendo as variáveis utilizadas no trabalho, para serem auto preenchidos.

Este instrumento foi composto por três partes: a primeira parte com perguntas referentes aos aspectos sócio-econômicos, como sexo, data de nascimento, idade, grau de parentesco com a criança, grau de escolaridade dos pais, profissão dos pais, e a segunda caracterizada por presença de asma, rinite alérgica ou dermatite atópica nos pais e renda familiar e, finalmente o ISAAC - MÓDULO 3, que define a presença de Eczema, contendo 6 itens: 1. Alguma vez na vida a criança teve manchas com coceira na pele, que apareciam e que desapareciam por pelo menos 6 meses (durante pelo menos 6 meses); 2. Nos últimos 12 meses a criança teve essas manchas na pele; 3. Alguma vez a criança teve essas manchas com coceira em algum desses lugares: dobras do cotovelo, atrás do joelho, no bumbum, ou envolta do pescoço, orelhas ou olhos; 4. Alguma vez essas manchas com coceira na criança desapareceram completamente nos últimos 12 meses; 5. Nos últimos 12 meses, a criança ficou acordada a noite por causa dessa coceira na pele; 6. Alguma vez a criança já foi levada ao médico por causa dessas manchas com coceira. Frisa-se que o último questionário foi validado para a versão brasileira⁽¹⁸⁾.



Os questionários foram entregues aos responsáveis de todas as crianças com idade entre quatro e cinco anos. Foram entregues 174 questionários nas escolas e resultaram em 55 questionários preenchidos e devolvidos, juntamente com uma cópia assinada do TCLE.

Foi considerado critério de inclusão as crianças matriculadas nos CEIs selecionados na faixa etária entre quatro e cinco anos.

Foi considerado critério de exclusão a não devolução do questionário preenchido em sete dias após a entrega do mesmo, e a não devolução do TCLE assinado.

Foi realizada uma análise descritiva e analítica para expor os resultados obtidos. A análise estatística bivariada foi efetivada por meio de tabela de referência cruzada com obtenção do qui-quadrado (variáveis dicotômicas) e Teste T de Student para amostras independentes para as variáveis contínuas. O modelo final foi obtido por meio de regressão logística e multivariada com regressão logística, nível de significância de 5%. A apresentação das variáveis mensuradas foi feita através de tabelas. Os dados foram arquivados em planilha eletrônica tipo Excel e o pacote estatístico utilizado para análise foi o SPSS versão 20.0.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi constituída por 55 participantes.

Em relação às variáveis sociodemográficas das crianças e das famílias, observou-se que 31 (56,4%) crianças apresentaram-se com quatro anos de idade, 34 (61,8%) eram do sexo masculino. No que diz respeito a escolaridade dos pais, uma parcela significativa dos pais (42,7%) possuíam ensino médio completo. Quanto a renda, a maioria dos indivíduos analisados declarou possuir renda entre R\$679,00 a R\$1356,00. As demais características podem ser encontrada na Tabela 1.

No que se refere a presença de diagnóstico de asma, rinite ou dermatite atópica entre os pais das crianças avaliadas, em três (5,5%) dos casos ambos possuíam diagnóstico de pelo menos uma dessas atopias, em 10 (18,2%) dos casos apenas a mãe possuía diagnóstico de uma dessas atopias e em cinco (9,1%) dos casos apenas o pai.

Em relação a frequência de crianças que já foram ao médico com queixas de prurido, 6 (66,7%) tinham a presença de manchas de pele com prurido que aparecem e desaparecem no período de 6 meses, em qualquer época da vida. As outras três crianças (33,3%) que já foram ao médico com queixa de prurido, não possuíam as referidas manchas. Dessas, cinco (55,6%) eram do gênero feminino e quatro (44,4%) eram do gênero masculino ($p= 0,148$). Das 46 crianças que nunca procuraram auxílio médico com queixa de prurido, cinco (10,9%) possuíam manchas que apareciam e



desapareciam no período de 6 meses ($p= 0,001$), apresentando significância estatística. Esses dados podem ser visualizados com maiores detalhes na Tabela 2.

Em três (5,5%) dos casos houve queixas de a criança ter ficado acordada à noite por causa do prurido nos últimos 12 meses. Dessas, em um caso a criança acordou por uma noite, e em dois casos houve a ocorrência de acordar por mais de uma noite, sendo que em todos os casos houve procura por auxílio médico ($p= 0,003$).

Em 9 (16,4%) dos casos, houve histórico de manchas com prurido em dobras do cotovelo, atrás do joelho, na região glútea ou em volta do pescoço, orelhas ou olhos. Verificou-se que dentre essas, 6 (10,9%) das crianças foram à consulta médica devido ao eczema nessas regiões, sendo o principal resultado do estudo, com significância estatística de $p= 0,000$.

DISCUSSÃO

No presente estudo, foi encontrado uma maior prevalência de DA em crianças do sexo masculino, porém a literatura é divergente em relação a esse dado^(2,19).

Crianças de menor nível socioeconômico, com pais com baixa escolaridade e com menor renda familiar, que são a maioria da população do estudo em questão, apresentam uma maior prevalência de DA, porém este dado não demonstrou significância estatística. Vale ressaltar que o estudo foi conduzido em crianças de classes econômicas mais baixas. O estudo de Amaral e Colaboradores, demonstrou uma maior prevalência de DA em crianças que encontram-se na classe econômica C, resultado que já era esperado pelo pesquisadores em função do nível sócio-econômico dos participantes e de o estudo ter sido conduzido com uma amostra de 52 crianças e adolescentes, que reforça o resultado deste estudo⁽¹⁹⁾

Em relação a hereditariedade, este estudo não demonstrou associação significativa, o que também pode ser justificado pelo tamanho da amostra. Dentre as 9 crianças com procura médica devido a prurido, levando-se em conta a história familiar de atopia, em um caso o pai e a mãe tinham diagnóstico de asma, rinite ou dermatite atópica e em três casos, apenas a mãe. No entanto, a presença de atopia nos pais, é um importante fator que predispõe o aparecimento de DA nos filhos, sendo ela tanto maternal quanto paternal, como está demonstrado no estudo de Wadonda-Kabondo e colaboradores que obteve odds ratio de 1,69, associação entre pais com diagnóstico de atopia e filhos com DA⁽²⁰⁾.

A utilização do questionário ISAAC - MÓDULO 3, que se refere a presença de eczema tem importante papel nos estudos de prevalência de DA.



Nesse estudo, ao se analisar as variáveis de presença de manchas com prurido por 6 meses em qualquer período da vida com o diagnóstico de DA, que corrobora com estudos anteriores, onde encontrou-se uma significância estatística de 0,001⁽²¹⁾.

A presença de eczema em flexuras, foi o principal resultado encontrado nesse estudo ($p=0,000$). Das crianças que apresentaram manchas com prurido em dobras do cotovelo, atrás do joelho, na região glútea ou em volta do pescoço, orelhas ou olhos; em 10,9% dos casos, foram levadas a consulta médica com essas queixas. O eczema em flexuras, é um indicador importante no diagnóstico clínico da DA, com predomínio do eczema subagudo em indivíduos na faixa etária pesquisada^(15,21).

Em relação a influência na qualidade de vida das crianças questionadas, 5,5% dos casos houve resposta positiva em relação a esse aspecto, embora sem significância estatística. Porém, os resultados encontrados na literatura diferem dos achados aqui, uma vez que por tratar de uma doença de caráter crônico e recidivante, além da presença de eczema, com intenso prurido, tem impacto negativo no sono, na escola, nas atividades diárias, no custo do tratamento e na sua administração, implicando tanto na qualidade de vida dessa crianças, quanto na relação familiar em pacientes com DA, sendo considerada um dermatose social e psicologicamente relevante^(16,19).

Este estudo encontrou limitações como o autopreenchimento do questionário, por depender da capacidade cognitiva dos pais ou responsáveis das crianças, o que implicou na redução do tamanho da amostra e, conseqüentemente nos resultados dessa pesquisa.

Analisando os objetivos deste trabalho, foi possível identificar a prevalência de dermatite atópica nas crianças em idade pré-escolar no município de Tubarão (SC). Foi encontrada uma prevalência maior em crianças do sexo feminino (55,4%). O nível sócio-econômico das famílias não demonstrou significância estatística neste estudo.

Crianças com história familiar de atopia, tem mais chance de desenvolver DA, dado que teve sua avaliação prejudicada pelo tamanho da amostra.

O aparecimento do eczema durante seis meses em algum período da vida da criança, ocorreu em 11 casos, sendo que dessas, 6 crianças procuraram o médico com essas queixas e cinco não procuraram auxílio médico. Houve o aparecimento de eczema flexural em 10,9% das crianças pesquisadas o que indica uma provável associação com a DA.



REFERÊNCIAS

1. Elias PM, Hatano Y, Williams ML. Basis for the barrier abnormality in atopic dermatitis: outside-inside-outside pathogenic mechanisms. *J Allergy Clin Immunol* 2008 Jun;121(6):1337-43.
2. Weber MB, Petry V, Weis L, Mazzotti NG, Cestari TF. Avaliação da relação do prurido e níveis sanguíneos de IgE com a gravidade do quadro clínico em pacientes com dermatite atópica. *An Bras Dermatol* 2005 Jun;80(3):245-8.
3. Addor FAS, Aoki V. Barreira cutânea na dermatite atópica. *An Bras Dermatol* 2010 Abr;85(2):184-94.
4. Leite RMS, Leite AAC, Costa IMC. Dermatite atópica: uma doença cutânea ou uma doença sistêmica? A procura de respostas na história da dermatologia. *An Bras Dermatol* 2007 Fev;82(1):71-8.
5. Levy RM, Gelfand JM, Yan AC. The epidemiology of atopic dermatitis. *Clin Dermatol* 2003;29:101-15.
6. Laughter D, Istvan JA, Tofte SJ. The prevalence of atopic dermatitis in Oregon Schoolchildren. *J Am Acad Dermatol* 2000;43:649-55.
7. Williams, HC. Epidemiology of atopic dermatitis. *Clin Exp Dermatol* 2000;25:522-9.
8. Sehra S, Tuana FMB, Holbreich M, Mousdicas N, Kaplan MH, Travers JB. Clinical correlations of recent developments in the pathogenesis of atopic dermatitis. *An Bras Dermatol* 2008 Fev;83(1):57-73.
9. Weiland SK, Husing A, Strachan DP, Rzehak P, Pearce N, and the ISAAC Phase One Study Group. Climate and the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinitis, and atopic eczema in children. *Occup Environ Med* 2004;61:609-15.
10. Oyoshi MK, He R, Kumar L, Geha RS. Cellular and molecular mechanisms in atopic dermatitis. *Adv Immunol*, 2009;102:135-226.
11. Yamada E, Vanna AT, Naspitz CK, Solé D. Prevalence of symptoms of asthma, rhinitis, and atopic eczema among Brazilian children and adolescents identified by the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase 3. *J Pediatr* 2006;82(5):341-6.
12. Castro LKK, Neto AC, Filho OFF. Prevalência de sintomas de asma, rinite e eczema atópico em escolares de 6 e 7 anos na cidade de Londrina (PR). *J Bras Pneumol* 2010;36(3):286-92.
13. Hilzendeger C, Tabalipa IO, Vanhoni LR, Oliveira SM, Piovezan AP, Silva J. Prevalência de dermatite atópica em adolescentes escolares do município de São José, SC. *Rev Bras Med.* 2008 Jun;68(2):24-8.
14. Tony B, Stephen B, Neil C, Christopher G, editores. *Rook's Textbook of Dermatology*. 8th edition. New Jersey:Wiley-Blackwell; 2010.
15. Júnior PR. Atualização no tratamento da dermatite atópica. *Rev Paul Pediatr* 2006;24(4):356-62.



16. Alvarenga TM, Caldeira AP. Quality of life in pediatric patients with atopic dermatitis. *J Pediatr* 2009;85(5):415-20.
17. Secretaria de Educação. Relatório fornecido pela Secretaria de Educação do município de Tubarão em maio de 2012 a pedido da autora do estudo. Documento não oficial.
18. Yamada E, Vanna AT, Naspitz CK, Solé D. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): validation of the written questionnaire (eczema component) and prevalence of atopic eczema among Brazilian children. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2002;12(1):34-41.
19. Amaral CSF, March MFBP, Sant'Anna CC. Quality of life in children and teenagers with atopic dermatitis. *An Bras Dermatol* 2012 Set-Out;87(5): 717-23.
20. Wadonda-Kabondo N, Sterne JA, Golding J, Kennedy CT, Archer CB, Dunnill MG. Association of parental eczema, hayfever, and asthma with atopic dermatitis in infancy: birth cohort study. *Arch Dis Child* 2004 Oct; 89(10): 917-21.
21. Gracia MP, Mello JF, Fernandes MFM, Wandalsen NF. Frequência de sintomas associados à asma e doenças alérgicas em adultos jovens, na cidade de Santo André, SP. *Rev bras crescimento desenvolv hum.* 2008 Aug; 18(2): 201-08.

TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas das crianças e famílias. Tubarão, 2013.

Variáveis	N(55)	100%
Idade		
4 anos	31	56,4
5 anos	24	43,6
Gênero		
Masculino	34	61,8
Feminino	21	38,2
Escolaridade dos pais		
Ensino fundamental incompleto	20	18,2
Ensino fundamental completo	15	13,6
Ensino médio incompleto	12	10,9
Ensino médio completo	47	42,7
Superior incompleto	5	4,54
Superior completo	8	7,30
Não informado	3	2,71
Renda familiar		
R\$100,00 a R\$678,00	8	14,5
R\$679,00 a R\$1356,00	20	36,4
R\$1357,00aR\$2034,00	14	25,5
R\$2035,00 ou mais	13	23,6

Fonte: Elaborada pelo autora.



Tabela 2. Relação entre procura de auxílio médico por coceira e presença de manchas na pele com coceira que aparecem e desaparecem em um período de seis meses. Tubarão, 2013.

Queixas de prurido e Presença de manchas	N(55)	100%	Valor de P
Sim	14	25,5	0,001*
Não	41	74,5	
Queixas de prurido	Presença de manchas	100%	
Sim	11	78,6	
Não	3	21,4	
Queixas de prurido e Presença de manchas	Auxilio médico	100%	
Sim	6	54,5	
Não	5	45,5	

*: $P < 0,05$, teste do qui-quadrado

Fonte: Elaborado pela autora.